

Contribution à l'Etude
de la Cystectomie Totale
pour Cancer

(à Propos d'une Observation)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Décembre 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Francisque RICARD

Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble

Né le 16 Juin 1909, à LA MOTTE-D'AVEILLANS (Isère)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

Contribution à l'étude
de la cystectomie totale pour cancer



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552413_0061

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1939-1940 — N° 66

Contribution à l'Etude
de la Cystectomie Totale
pour Cancer

(à Propos d'une Observation)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Décembre 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Francisque RICARD

Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble

Né le 16 Juin 1909, à LA MOTTE-D'AVEILLANS (Isère)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire.....	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,
NICOLAS. VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales.....	SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	PATEL.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique dermatologique et syphiligraphique.....	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	BONNET.
Clinique médicale infantile	FAVRE.
Clinique gynécologique	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique urologique	COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses.....	TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	COURMONT.
Chimie biologique et médicale.....	J. CHALIER.
Chimie organique et Toxicologie.....	PONTHUS.
Matière médicale et Botanique.....	FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique.....	HERMANN.
Anatomie pathologique.....	CORDIER.
Chirurgie opératoire.....	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.....	J.-F. MARTIN.
Médecine légale.....	SANTY.
Hygiène	ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie.....	MAZEL.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	ROCHAIX.
	LEULIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....	MM. THEVENOT (Léon).
Chargé d'un cours d'Embryologie.....	NOEL.

AGREGES

MM. GABRIELLE CHAMBON REVOL ENSELME SEDALLIAN CREYSSEL DE ROUGEMONT	MM. P. RAVAUULT PIGEAUD CROIZAT DELORE JOSSERAND MORIN BERTRAND	MM. CLAVEL LEVRAT BANSSILLON MALLET-GUY ROMAN PEYCELON JOURDAN	MM. FROMENT (R.). MARTIN (P.-E.). MOUNIER-KUHN BROUSSY PIFFAULT
--	--	---	--

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. GAYET, *président*, CHALIER, *assesseur* ;
CLAVEL.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de ma grande affection et de ma profonde reconnaissance.

A MA GRAND'MERE

A MON FRERE LE DOCTEUR JEAN RICARD

En souvenir de nos années d'études.

A MON FRERE SERGE

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT
DE GRENOBLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYET

Officier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
Jury de Thèse. Qu'il trouve ici l'ex-
pression de notre grande et respec-
tueuse gratitude.

A MON JURY DE THESE

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARC DOUILLET

Chirurgien des Hôpitaux de Grenoble

Il nous a inspiré le sujet de notre
Thèse. Qu'il veuille bien accepter
ici avec nos remerciements sincè-
res, l'expression de notre gratitude.

A MES MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR TERMIER

*Professeur de Clinique Chirurgicale
de l'Ecole de Médecine de Grenoble*

En remerciement de tout l'enseignement que nous avons reçu de lui et en reconnaissance de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Qu'il veuille bien accepter ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR A. BONNIOT

*Professeur de l'Ecole de Médecine de Grenoble
Chirurgien des Hôpitaux*

Dont j'ai eu l'honneur d'être l'élève. Pendant mon séjour dans son service, j'ai pu apprécier et faire mon profit de son enseignement si clair et ces judicieux conseils nous ont permis de tirer les plus grands bénéfices des semestres passés auprès de lui.

Qu'il trouve ici mes remerciements sincères et le témoignage de ma profonde admiration.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE GRENOBLE

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. PORTE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BETHOUX
MONSIEUR LE PROFESSEUR SIGAUD
MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIN-SISTERON
MONSIEUR LE DOCTEUR P. SAPPEY

INTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR BONNIOT
MONSIEUR LE PROFESSEUR TERMIER
MONSIEUR LE DOCTEUR PISTRE

AUX MEDECINS DES HOPITAUX DE GRENOBLE

Contribution à l'étude de la cystectomie totale pour cancer

INTRODUCTION

En présence d'une tumeur maligne de la vessie, il semble logique de procéder de la même façon que pour les affections néoplasiques des autres organes, c'est-à-dire d'avoir recours à l'ablation de l'organe tout entier, et ce, autant que possible, dès le début de l'affection.

Deux raisons expliquent le peu de fréquence de cette opération : ce sont la gravité opératoire et la redoutable infirmité créée par la dérivation des urines. Le petit nombre d'observations publiées ces dernières années, témoigne que la cystectomie totale pour cancer, jouit encore, en France, d'une fâcheuse réputation.

Cependant, à l'heure actuelle, il est permis de penser que le développement des méthodes d'exploration de la valeur fonctionnelle du rein et des uretères, et la technique opératoire désormais bien réglée, peuvent modifier favorablement le pronostic de cette grave intervention.

Nous rapportons ici une observation de cystectomie totale pour cancer de la vessie chez une femme,

suivie de guérison depuis plus de 2 ans, observation qui nous a été obligeamment communiquée par M. le Docteur Douillet, de Grenoble.

Nous regrettons vivement que les circonstances actuelles ne nous aient pas permis d'entreprendre les recherches bibliographiques — concernant en particulier les publications étrangères — nécessaires à l'étude approfondie de la question.

Nous essayerons simplement, dans ce modeste travail, après avoir fait un bref rappel historique, de préciser les indications de la cystectomie totale et le choix du mode de dérivation des urines; enfin nous décrirons la technique opératoire.

Le perfectionnement des procédés d'appréciation de la valeur fonctionnelle du rein et des uretères, et la mise au point de la technique, ont déjà permis aux auteurs américains de publier un certain nombre de succès; des résultats toujours meilleurs nous semblent à espérer pour l'avenir.

Malgré la haute gravité de la cystectomie totale, dont on n'aura à poser les indications que dans des cas extrêmement rares, il ne faut pas en abandonner l'idée : il y a des cas où l'on peut réussir.

HISTORIQUE

Les premiers opérateurs désireux de connaître les résultats de l'ablation totale de la vessie, se sont adressés à l'expérimentation animale.

En 1881, Vincent, de Lyon, pratiqua l'extirpation totale de la vessie chez des chiens, suivie d'abouchement des uretères à l'intestin : les animaux succombèrent, soit de pyélo-néphrite, soit de péritonite.

Ultérieurement, plusieurs expérimentateurs pratiquèrent la même intervention; les résultats ne furent pas très engageants. Ces insuccès auraient pu détourner les chirurgiens de la pratique de la cystectomie totale : il n'en fut rien.

Bardenheuer pratiqua la première cystectomie totale pour cancer de la vessie sur un homme de 57 ans.

En 1888, Pawlick eut un beau succès sur une femme. Kossinski, Chalot, Trendelenburg, Krauss, opérèrent avec succès. En 1900, Winivanter, Martin, Lund en 1902, Nilius en 1906, Pauchet, Kronig et Rouffait en 1907, Verhoogen, Marion en 1908, firent des cystectomies totales avec abouchement des uretères à l'intestin.

Citons en 1910, les deux cas de M. le Professeur Pollosson, de Lyon, publiés dans la thèse de son élève Du Laurens de La Barre.

Heresko publie quatre cas avec trois guérisons en 1913.

Ces dernières années, la question de la cystectomie totale a été travaillée surtout à l'étranger par : Antonucci, Casuto, Federoff, Dobrotworsky, en Russie; Quinhy, Aschner, Beer et Coffey en Amérique.

En France, nous citerons les cas isolés présentés par Godart et Koliopoulos, Fey et Bompert, Rochet et Thévenot. Ces cas, au nombre de 80 environ, opérés avec des techniques différentes, qui concernent pour la plupart des cancers avancés, où souvent plusieurs traitements ont déjà été tentés en vain, donnent une mortalité de 50 % environ.

Il serait injuste d'en tirer des déductions trop absolues sur la gravité réelle de l'opération. Ainsi que l'écrivent Fey et Bompert : « Si la cystectomie était faite avec une technique bien réglée, donnant le maximum de garanties, de sécurité et de rapidité, il est probable que ses résultats seraient tout autres ». Beer de New-York, publie 8 cas de cystectomie faite dans ces conditions avec 7 guérisons ».

OBSERVATIONS

(de M. le Dr DOUILLET, présentée à la *Société d'Urologie du Sud-Est*, le 4 juin 1939.)

Mme R..., 50 ans, vient me consulter en septembre 1937. A l'âge de 8 ans, brûlure de la région vulvaire : a dû être sondée dans les jours suivants; depuis lors, dysurie presque constante avec pollakiurie nocturne, en 1914 dilatations urétrales et lavages de vessie.

Il y a un an, hématuries terminales avec douleurs à la miction; depuis deux mois, hématuries importantes et urine très purulente, douleurs extrêmement pénibles.

A l'examen : l'état général est conservé; cicatrices sur le mont de Vénus et à la cuisse, mais pas à la vulve; il n'y a pas de rétrécissement; urine très purulente (leucocytes et hématies, flore microbienne variée et très abondante; très faible capacité vésicale; au toucher vaginal, on perçoit à gauche une masse vésicale douloureuse; à la *cystoscopie* : *tumeur vésicale très étendue* et peu saillante, occupant le trifone, centre ulcéré et sphacélé; bords tomenteux, pas de limites précises avec la muqueuse saine; l'orifice urétéral gauche, invisible, doit se trouver à la partie antérieure de la tumeur; l'orifice urétéral droit se trouver à 1 cm. environ de la tumeur.

Le 21 septembre 1937, *électrocoagulation* superficielle de la tumeur, pour la déterger; lavages de vessie quotidiens, très douloureux.

Le 2 octobre 1937, *urographie intra-veineuse*, qui montre un rein droit normal, un rein gauche un peu dilaté, avec dilatation urétérale. Urée sanguine : 0,28.

Mon Maître, M. le Professeur Gayet, à qui je montre la malade, confirme mon indication de cystectomie totale.

Le 5 octobre 1937, sous rachi-anesthésie, *urétérostomie iliaque bilatérale*; l'uretère droit, extrêmement mince, n'admet qu'une sonde 12/24, à quelques centimètres; l'uretère gauche, dilaté, admet facilement une sonde 18/36. Suites simples, mais la sonde droite donne des ennuis fréquents, et doit être remplacée par une sonde urétérale souvent renouvelée. Le 19 octobre 1937, urée sanguine : 0,23.

Le 25 octobre 1937, sous anesthésie générale évipanprotoxyde d'azote, *cystectomie totale*: la vessie est garnie de 100 cc. d'alcool à 90°; longue incision médiane sous-ombilicale, désinsertion partielle des droits; *extra-péritonisation primitive* de la vessie, par décollement du cul-de-sac prévésical jusqu'à l'ouragane, incision transversale du péritoine, en tranche de melon, et suture, facile et satisfaisante; puis libération progressive: de la face postérieure (facile), des faces latérales (beaucoup plus pénible à gauche qu'à droite, avec hémostase des pédicules, tantôt par ligatures, tantôt par électro-coagulation), de la face antérieure enfin (très facile et sans nécessité d'aucune hémostase); section de l'urètre et ablation de la ves-

sie en vase clos; Mikulicz et suture pariétale en un plan au fil de bronze.

Pièce opératoire. — Cancer térébrant, presque circulaire, de 6 à 7 cm. de diamètre; l'orifice urétéral gauche est englobé dans la partie inférieure de la tumeur; l'orifice urétéral droit est à moins d'un cm. de celle-ci; à l'extérieur, la tumeur paraît largement dépassée.

Suites opératoires. — Remarquablement simples, très peu fébriles, encore facilitées par l'apparition, vers le quinzième jour, d'une fistule vaginale qui permet un drainage au point déclive. Cicatrisation complète en six semaines.

Notre plus gros souci, pendant toute cette période de suites opératoires, fut, sans contredit, le maintien de la perméabilité des sondes : changements fréquents, en alternant des sondes urétérales de gros calibre poussées jusque dans le bassin, et de fines sondes de Nélaton, à bout coupé en biseau, introduites de quelques centimètres seulement : la première solution me paraît préférable, la seconde exposant plus facilement à l'oblitération de la sonde et même à des phénomènes inflammatoires dans la cicatrice d'urétérostomie.

Le 13 décembre 1937, la malade quitte la clinique, appareillée avec l'appareil de Papin.

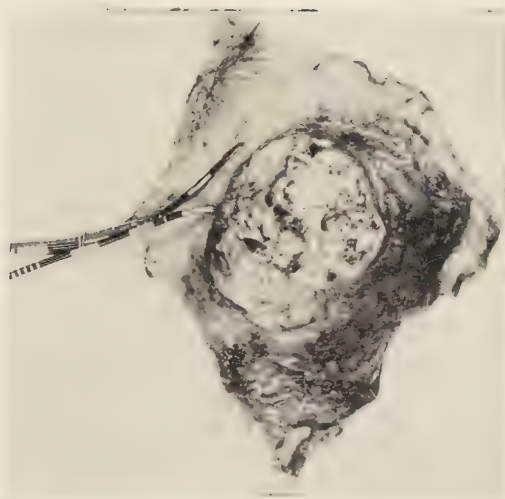
Revue en octobre 1938, la malade est en excellent état : elle a engraisé de 15 kgs, les urines sont limpides et s'échappent en éjaculations bien rythmées; la cicatrice médiane est souple, et, au toucher vagi-

nal, aucune induration n'est perçue : le col utérin est plaqué contre la symphyse. L'appareillage est bien supporté, et, après quelques modifications de la ceinture, parfaitement continent le jour.

Revue à nouveau en mai 1939, l'état général et local s'est parfaitement maintenu; il n'y a pas traces de récurrence.



Urétrographie intraveineuse avant l'intervention.
R.D. normal. R.G. un peu dilaté, avec dilatation urétérale.



Pièce opératoire :
Mme R... : Cystectomie totale du 25 oct. 1937.

INDICATIONS

Les indications théoriques de la cystectomie totale sont assez précises et relèvent, en fait, des contre-indications de la cystectomie partielle; en pratique, les chirurgiens français reculent devant les deux obstacles que sont l'infirmité créée par une dérivation haute, et la gravité opératoire.

Cependant, si la création de l'infirmité permanente n'est pas à négliger, elle est incontestablement préférable aux douleurs de la cystite néoplasique, qu'aucune autre thérapeutique ne saurait éviter. Nous verrons, à propos de la dérivation des urines, que la technique de Coffey permet d'espérer la réalisation d'une dérivation intestinale par abouchement sigmoïdien, pratiqué sans danger en une même séance. La gravité de cette première objection est donc réduite.

Nous pensons, d'autre part, que la mortalité opératoire, classiquement évaluée à 50 %, est susceptible de s'abaisser sensiblement, si l'indication d'intervenir *n'est posée que chez des malades, présentant encore un bon état rénal* révélé par les résultats des diverses épreuves fonctionnelles (taux de l'urée sanguine, constante d'Ambard, épreuves de la perméabilité rénale, urographie intraveineuse).

Nous n'envisagerons donc ici que le cas de malades ayant encore au moment où se pose le problème

de l'intervention, un fonctionnement réno-urétéral satisfaisant.

Le cancer de la vessie étant une tumeur qui présente, au point de vue histologique, les plus grandes variétés, le diagnostic de malignité est souvent difficile. Tous les stades intermédiaires existent entre le papillome dit bénin et la tumeur maligne, et si le cystoscope permet le diagnostic de malignité pour les tumeurs infiltrées et la plupart des tumeurs sessiles, il ne permet pas d'affirmer la bénignité des tumeurs pédiculées.

Ces deux catégories de tumeurs sont à distinguer au point de vue opératoire. Pour chacune d'elles, le choix de l'intervention sera guidé — la notion de malignité étant acquise — par deux ordres de faits :

- le siège de la tumeur;
- le degré d'extension des lésions.

A) *Les tumeurs papillaires* à pédicule un peu large, ou trop grosses pour être électro-coagulées, sont justiciables de l'excision, sans résection complète de la paroi vésicale. L'emploi du bistouri électrique pour la section du pédicule, l'application de haute fréquence sur la plaie, donnent de bons résultats avec peu de risques. Cette intervention est facile sur toutes les régions, sans que l'on ait à se préoccuper des uretères qui n'en souffrent pas.

Mais en présence d'épithéliomes pédiculés en trop grand nombre, si le thermo-cautère ou la haute fréquence à vessie ouverte peuvent donner des résultats, la cystectomie totale peut trouver ici une indication.

B) *Pour les tumeurs sessiles ou infiltrées*, la ques-

tion du siège et de l'extension des lésions est primordiale. L'infiltration débordant la tumeur visible, il faudra sectionner la muqueuse en tissu sain: on taille généralement autour de la tumeur une collerette de 3 cms environ. Cette résection partielle large de la paroi vésicale est réalisable dans les cas de tumeurs siégeant au sommet, sur les parois latérales et même sur la face postérieure. Les tumeurs frappant le bas-fond posent des problèmes plus délicats. Or, parmi les tumeurs malignes de la vessie, celles qui siègent au niveau du bas-fond, du trigone et de la zone péri-urétérale sont les plus fréquentes et les plus redoutables. Nous citerons à ce sujet une statistique de Temkine qui trouve, sur 166 tumeurs de la vessie :

- 40 au niveau des orifices des uretères;
- 34 occupant le trigone et le bas-fond;
- 32 siégeant au niveau de l'orifice de l'urèthre;
- 38 au niveau des parois latérales;
- 22 à la partie supérieure de la vessie.

Si la résection partielle large est facile au sommet en ne laissant, même, que le trigone, elle n'est souvent suffisante à la partie moyenne, qu'en sacrifiant un uretère. Cette section urétérale est, d'ailleurs, souvent bien supportée, et n'exige pas toujours le sacrifice du rein correspondant; dans la zone inférieure, cette résection est pratiquement impossible pour une tumeur infiltrée.

Selon Rochet, la résection de la vessie basse, avec réimplantation des uretères sur le dôme serait aussi complexe et moins sûre que la cystectomie totale.

Deux régions vésicales ne permettent pas la résec-

tion partielle : ce sont la région du col, et les zones urétérales. Dans ces cas, la cystectomie totale semble la seule opération logique.

Faisons cependant mention de l'opinion de Darget qui considère que, pour les tumeurs du bas-fond, la chirurgie doit céder le pas aux agents physiques, capables de donner d'aussi bons résultats, en courant moins de risques. Cet auteur, après abrasion des masses exubérantes à l'électro-coagulation, pratique minutieusement l'implantation d'aiguilles de radium à la base de la tumeur; les aiguilles sont laissées en place 5 à 7 jours.

La statistique publiée par Darget, en avril 1939 (*Journal d'Urologie*) comprend 60 cas, s'adressant à deux catégories de tumeurs : les tumeurs sessiles à gros bourgeons, ou papillaires très largement implantées ; les tumeurs infiltrées de gravité croissante, mais limitées à la vessie.

Sur ces 60 cas, s'étalant de 1923 à 1939, 30 malades sont actuellement vivants. Darget limite les indications de la cystectomie de Coffey aux échecs de la radiumthérapie.

A notre avis, il est capital, si l'on doit pratiquer la cystectomie, d'en poser les indications et d'opérer sur une vessie vierge de tout échec de traitement antérieurement tenté. Les statistiques classiques, nous l'avons vu, avec leur effrayant pourcentage de mortalité, comprennent précisément des cas où toute une série de traitements préalables était restée sans succès. A ce stade tardif, l'état réno-urétéral est fatalement altéré, et il ne faut attendre aucun succès de la cystectomie.

Selon André et Grandineau (XXXII^e Congrès français d'urologie) la cystectomie totale serait indiquée : dans les cas de tumeurs sessiles ou infiltrées,

a) siégeant au tiers inférieur alors que la cystectomie partielle est irréalisable;

b) dans les cas de tumeurs multiples, petites, peu distantes, siégeant même à la partie supérieure, exigeant une exérèse trop large pour rester partielle;

c) dans les cas de tumeurs molles, encéphaloïdes, pour lesquelles la récurrence est fatale malgré la résection partielle pratiquée dans les cas en apparence favorables. Les agents physiques sont ici inefficaces; il ne resterait que la cystectomie totale.

Enfin, dans certains cas de tumeurs très infectées justiciables théoriquement de la cystectomie partielle, les dangers de cellulite pelvienne et d'infection consécutive doivent faire préférer l'ablation en bloc.

Nous ajouterons ici l'indication que constitue une tumeur de la vessie non épithéliale, du type léiomyosarcome, signalée ces derniers temps par MM. Cibert et Gayet. Ces auteurs en ont publié trois cas. Etant donné que tous les malades ont succombé dans les trois mois à des récurrences sur place, seule la cystectomie totale mériterait d'être tentée. Mais les observations manquent pour conclure sur les résultats de l'ablation totale de la vessie, dans ces cas.

Les indications de la cystectomie totale révèlent, en résumé, surtout des contre-indications de la cystectomie partielle. Le chirurgien doit tenter, chaque fois qu'elle est possible, l'exérèse partielle, même très étendue : il suffit de laisser le trigone pour qu'une

nouvelle vessie se crée ultérieurement. Tel est l'avis de M. le Professeur Gayet, dans la discussion au XXXII^e Congrès Français d'Urologie.

Par contre, l'exérèse totale de la vessie n'est pas indiquée dans les cas où la tumeur a largement dépassé les limites vésicales, dans les cas où l'état rénourétral n'est pas satisfaisant (s'il y a azotémie élevée, infection du rein ou dilatation des uretères). Enfin, si le malade présente une tare de l'état général, telle qu'une lésion cardiaque pulmonaire.

CHOIX DU MODE DE DERIVATION DES URINES

La cystectomie totale pose souvent sous un jour dramatique, la question de la dérivation des urines, et cette intervention préliminaire est souvent difficile à faire accepter, car elle condamne le malade à une infirmité définitive fort désagréable. D'autre part, la complication la plus grave et la plus dangereuse qui puisse se présenter chez les malades est la pyélonéphrite survenant après la dérivation haute des urines, quelle que soit la méthode employée à cet effet.

Papin, au cours d'un remarquable rapport, au 25^e Congrès Français d'Urologie, a montré les avantages de l'urétérostomie cutanée iliaque bilatérale. Depuis, de nombreux chirurgiens ont cherché à perfectionner cette méthode afin d'en éviter les complications pyélorénales, en particulier Coffey, en Amérique.

Nous passerons rapidement en revue, dans ce chapitre, les divers modes de dérivation des urines :

NÉPHROSTOMIE BILATÉRALE.

Nous ne la citerons que pour mémoire ; ce n'est pas une intervention satisfaisante ; elle ne draine pratiquement pas le rein, car le passage de l'urine est toujours possible par l'uretère.

URÉTÉROSTOMIE CUTANÉE.

Papin, en 1925, a plaidé et gagné la cause de l'exclusion vésicale par une double urétérostomie cutanée iliaque. De toutes les méthodes employées jusqu'alors, ce serait la meilleure pour mettre le rein à l'abri de l'infection ascendante, et la plus facile à appareiller.

Néanmoins, cette intervention présente certains inconvénients : l'urétérostomie constitue une opération sérieuse, comportant de très larges décollements qui peuvent s'infecter; elle est shockante. Il convient, comme le font remarquer Fey et Bompart, de préciser que « tout le pronostic repose sur l'état des uretères, lors de l'intervention. Si les uretères sont sains, c'est-à-dire ni épaissis, ni dilatés, si leurs tissus sont encore souples, s'ils ont conservé des mouvements péristaltiques normaux, le résultat est excellent; il n'y a à craindre ni stase urinaire, ni rétrécissement de l'orifice cutané, ni infection ascendante.

« Dans le cas contraire, si les uretères sont dilatés, atones, scléreux ou paralysés, l'abouchement se fait mal, l'infection s'établit et la pyélonéphrite ascendante se produit presque fatalement ».

Notons que, en cas de pyélonéphrite, l'abouchement cutané des uretères présente sur les autres modes d'abouchement l'avantage de rendre faciles les cathétérismes devenus nécessaires.

ABOUCHEMENT DES URETÈRES DANS LE BASSIN.

C'est la méthode employée par Pawlic. L'idée directrice de l'abouchement vaginal des uretères est que

le vagin peut constituer un réceptacle suffisant pour l'urine, et suppléer à la vessie absente. Les inconvénients de cette intervention sont trop importants pour qu'elle soit recommandable.

ABOUCHEMENT DES URETÈRES DANS L'INTESTIN.

La transplantation des uretères dans l'intestin, présente un très appréciable avantage : la miction par le rectum ne gêne nullement les malades, et ne comporte pas d'appareillage spécial.

Cependant, l'expérimentation et l'expérience chez l'homme ont démontré que la transplantation intestinale directe de l'uretère est grevée d'une forte mortalité opératoire (55 %) et qu'une redoutable complication est fréquente : l'infection réno-urétérale ascendante, aboutissant à la dilatation de l'uretère et à la destruction du parenchyme rénal.

C'est pour éviter cette complication que les chirurgiens français (Lemoine), russe et américains ont proposé de nouvelles techniques.

Lemoine abouche les uretères dans le rectum; ultérieurement, le rectum est sectionné et transformé en vessie, alors que l'anse sigmoïde est abaissée à l'anus. Cette intervention est extrêmement shockante; elle nécessite plusieurs temps opératoires, et se complique très fréquemment d'infection locale ou de péritonite mortelle.

Les auteurs russes proposent de sectionner le gros intestin au niveau du sigmoïde, et de créer un anus iliaque gauche. L'extrémité distale du G. I. est recou-

sue complètement, et c'est dans cette partie isolée de l'intestin, rendue stérile, qu'on abouche les uretères.

Coffey a proposé une technique qui diminue considérablement le risque d'infection post-opératoire, et qui permet de pratiquer simultanément l'implantation intestinale des uretères et la cystectomie.

Il applique le principe fondamental suivant à la transplantation des uretères à l'intestin : « Un canal, destiné à l'écoulement d'un liquide sécrété sous une pression faible et constante vers une cavité musculaire où la pression est discontinue, doit cheminer pendant quelques centimètres *dans la couche sous-muqueuse* de l'organe récepteur avant de s'épancher dans la cavité de cet organe ».

Trois techniques ont été décrites par ordre chronologique sous les numéros 1, 2, 3.

Nous nous bornerons ici à indiquer sommairement en quoi consistent ces techniques, renvoyant pour plus de détail, au mémoire de l'auteur, traduit en français dans les *Archives des Maladies du rein* 1933.

Technique n° 1. — L'uretère est attiré dans la couche cellulaire sous-muqueuse de l'intestin; son extrémité, fendue longitudinalement, est tassée par une petite ouverture dans la muqueuse, et fixée dans l'intestin; l'uretère est, par conséquent, ouvert dans la cavité intestinale au cours même de l'opération.

Technique n° 2. — Une sonde est préalablement placée dans l'uretère et solidement fixée par des ligatures à l'uretère. La cavité urétérale est ainsi mise à l'abri d'une contamination d'origine intestinale. La

sonde est placée dans l'intestin par une petite ouverture faite dans la muqueuse, à l'extrémité inférieure d'une incision de la paroi intestinale n'intéressant que les couches séreuses et musculaires. L'uretère se trouve fixé dans la couche sous-muqueuse et pénètre dans l'intestin, mais sans communiquer directement avec lui. L'urine s'écoule donc directement à l'extérieur par l'intermédiaire de la sonde. L'anastomose n'est définitive que lorsque la portion d'uretère située dans l'intestin se sphacèle. ce qui se produit de 8 à 16 jours après l'opération. C'est le moment auquel on procède à l'ablation de la sonde urétérale.

Technique n° 3. — L'uretère est placé dans l'espace sous-muqueux par un point de catgut chromé qui le fixe à la partie inférieure d'une incision intestinale incomplète. A ce moment il n'y a aucune communication entre l'uretère et l'intestin. L'anastomose est réalisée par le sphacèle que produit un mince fil de lin étroitement serré et englobant à la fois l'uretère et la muqueuse intestinale. L'anastomose est réalisée trois ou quatre jours après l'opération.

C'est la technique numéro 2 qui, de l'avis de l'auteur, est justifiée pour les cancers de la vessie. « Elle permet de combiner les deux opérations en transplantation urétérale et de cystectomie, avec un risque qui n'est guère supérieur à celui de la transplantation seule ».

Coffey rapporte onze cas de cystectomie ainsi pratiquées pour cancer de la vessie : les malades sont vivants et bien portants 4 ans après l'intervention.

En résumé, de tous ces modes de dérivation des urines, deux sont à retenir : l'urétérostomie cutanée iliaque, malgré l'infirmité qu'elle crée chez le malade, et le Coffey n° 2, qui réalise l'appréciable progrès d'une intervention en un temps, avec dérivation sigmoïdienne présentant un minimum de danger d'infection.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Nous avons fait, dans ce chapitre, de larges emprunts aux publications de MM. Fey et Bompart.

Il convient d'insister sur deux points importants :

1° La cystectomie doit être faite en dehors de la grande cavité péritonéale; *l'extra péritonisation primitive* de la vessie sera pratiquée systématiquement, elle rend aisée des manœuvres opératoires difficiles avec la technique classique.

2° La septicité de la vessie cancéreuse représente un danger important d'infection, tant au cours de l'intervention, par une brèche vésicale accidentelle, qu'après l'ablation de l'organe, en raison de la possibilité de cellulite pelvienne, par lymphangite ou phlébite à point de départ vésical.

Il est donc indispensable de nettoyer et désinfecter préalablement la vessie, de drainer la loge vésicale au Mikulicz.

L'usage du bistouri électrique contribue, avec l'extra-péritonisation vésicale, à modifier et la technique et le pronostic éloigné des cystectomies. Les avantages du bistouri électrique sont les suivants : pendant l'intervention, la section de la paroi vésicale est à peu près exsangue, d'où précision de l'acte opératoire. L'absence d'hémorragie évite les tamponnements incessants de l'opérateur et de l'aide, et l'hémostase

toujours difficile de la cavité pelvienne est à peu près supprimée. Enfin, le bistouri électrique, en bloquant les voies lymphatiques, comme l'ont montré les expériences d'Heitz-Boyer, s'oppose à la résorption massive des toxines. Il diminue aussi la gravité du choc opératoire.

Soins pré-opératoires. — Il sera procédé, minutieusement, à l'évaluation de la valeur fonctionnelle du rein et des uretères. En particulier, *l'uurographie intraveineuse* donnera de précieuses indications sur l'état des uretères.

Si l'opération est pratiquée en deux temps, on attendra une vingtaine de jours, après le premier temps, afin que la cicatrisation de l'urétérostomie soit complète et que le fonctionnement des uretères soit satisfaisant.

Dans les jours qui précèdent la cystectomie, la vessie sera minutieusement désinfectée, par des lavages et des instillations de solutions antiseptiques. Il sera bon de contrôler la septicité du milieu par un examen bactériologique des urines. On pourra également faire une vaccination préventive anti-streptococcique et anti-colibacillaire. De petites transfusions sanguines seront à conseiller, au cas où des hémorragies profuses auraient entraîné des modifications du taux des globules rouges et de l'hémoglobine.

Au moment de l'intervention, la vessie sera garnie avec une solution d'alcool à 90°.

Anesthésie. — La rachianesthésie est considérée comme la méthode de choix en raison du maximum

de relâchement de la sangle abdominale et du silence viscéral qui en résultent. Si la rachi était contre-indiquée, l'anesthésie générale sera employée. Dans le cas que nous rapportons, l'association évipan-protoxyde d'azote a donné toute satisfaction.

Incision cutanée et pariétale. — Elle sera médiane sous-ombilicale, avec désinsertion partielle des droits. Elle donne un jour très suffisant sur la région opératoire, et présente sur la large incision transversale préconisée par Fey et Bompert, l'avantage d'être bien moins mutilante.

Après écartement des grands droits, le fascia transversalis sera incisé, et une valve mise en place sur la partie inférieure de la plaie.

L'intrapéritonisation de la vessie sera pratiquée alors, soit par décortication à la compresse, soit par une incision en croissant du péritoine, au niveau de la zone adhérente.

a) La décortication est pratiquement souvent difficile. Le manuel opératoire est le suivant : on incisera transversalement au ras du pubis l'aponévrose ombilico-prévésical et on décollera à l'aide de l'index garni d'une compresse et engagé dans la brèche du cul-de-sac prévésical. On s'arrêtera au sommet de la vessie, où le péritoine est adhérent, on dégagera ensuite les parties latérales, puis on commencera le dégagement de la face postérieure et du dôme vésical. On enfonce dans les décollements latéraux les deux index recourbés en crochets, aussi loin et aussi bas que possible, afin que les deux doigts se touchent en

arrière de la vessie, au niveau des vésicules séminales, le décollement du cul-de-sac postérieur se fait en remontant l'index qui se trouve dans le plan de clivage. Le dôme vésical sera alors dégagé en sectionnant le péritoine tendu sur les doigts. Cette brèche péritonéale sera suturée immédiatement.

b) L'incision du péritoine en croissant est préférable, et toujours facile, même dans les cas de péri-cystites — elle sera pratiquée en arrière de l'ouraque, au niveau où le péritoine adhère intimement au sommet de la vessie. L'ouverture est faite au ciseau. On repère la lèvre postérieure de la brèche péritonéale, et l'on poursuit le décollement qui est facile à la partie basse de la face postérieure de la vessie. La brèche péritonéale est aussitôt fermée aussi hermétiquement que possible par un surjet à points serrés. Le péritoine refermé, est protégé par un champ abdominal.

CYSTEOTOMIE PROPREMENT DITE.

Il reste à compléter la libération amorcée.

a) *Libération de la paroi postérieure.* — Elle sera terminée en plaçant une pince de Museux sur une zone saine du dôme, de façon à avoir une prise solide; la main gauche porte la pince en avant tandis que la main droite, introduite en arrière va continuer le décollement sous-péritonéal de la vessie jusqu'aux vésicules séminales et même jusqu'à la base de la prostate, si possible.

b) *Libération des faces latérales et isolement des pédicules.* — La pince de Museux qui tire sur la vessie est alors portée en haut et à gauche, laissant libre la moitié droite du petit bassin. La main de l'opérateur, partant du cul-de-sac de Douglas, progresse le long des faces latérales de la vessie qu'elle dégage au fur et à mesure, avec l'index recourbé en crochet. En décollant de bas en haut et de dehors en dedans, le doigt accroche à plusieurs reprises des cordages résistants: ce sont les pédicules vasculaires. Ces pédicules reconnus au doigt plus facilement qu'à la vue, car ils sont noyés dans la graisse, sont liés au passe-fil courbe très en dehors, contre le petit bassin. Puis on coupe entre la ligature et la pince de façon à enlever avec la vessie le plus possible de tissu cellulaire. On coupe ainsi, après ligature, deux ou trois pédicules vasculaires qui correspondent aux branches de l'ombilico-vésicales et aux branches vésicales du pédicule génito-vésical.

Le dégagement de la face latérale se termine par la section du déférent, tout près de l'orifice profond du canal inguinal.

On effectue la même manœuvre pour la face latérale gauche de la vessie.

Si la cystectomie est faite en un temps, on peut, dès ce moment, reconnaître et repérer l'uretère, près de sa terminaison.

c) *Libération de la face antérieure.* — La pince de Museux est placée le plus bas possible sur la face antérieure, et tire fortement la vessie vers l'ombilic. Les

ligaments pubo-vésicaux se tendent; on peut les sentir au doigt, et les couper après les avoir pincés au ras du pubis.

Cette section permet d'élever la vessie, et de placer une seconde pince de Museux au niveau du col vésical. La traction permet d'élever la prostate dont l'index libère la face antérieure. Par tractions successives avec les pinces placées de plus en plus bas, on dépasse la prostate; on saisit alors le bec prostatique avec une pince de Museux, et l'on sectionne l'urèthre.

d) *Libération de la face inférieure.* — La traction permet à ce moment, d'attirer la prostate dégagée du plancher pelvien en haut et en avant. Le pédicule génito-vésical, qui aborde la prostate et les vésicules séminales en bas et en arrière se tend alors dans la profondeur — de chaque côté. On le pince, et on le coupe. L'opération est virtuellement terminée; la vessie, la prostate et les vésicules ont été enlevés en bloc avec le tissu cellulaire voisin.

L'hémostase, en dehors des ligatures, se fera par le bistouri électrique. Cependant celui-ci ne saurait éviter absolument l'hémorragie veineuse en nappe qui suit l'ablation de la vessie: le seul procédé à employer est ici le tamponnement, d'où la nécessité de placer un Mikulicz.

La réfection de la paroi sera faite en un plan, au fil de bronze, pour diminuer en longueur cette opération si grave.

SOINS POST-OPÉRATOIRES. — Un lavage intestinal sera donné dès le troisième jour. Le pansement sera

refait quotidiennement. Il suffit, dès le début, de changer les compresses souillées par l'exsudation. Dès le cinquième ou le sixième jour, on commence à décoller les mèches du Mikulicz à l'eau oxygénée; elles seront enlevées du sixième au douzième jour. On enlèvera alors le sac, et on le remplacera par un drain.

On pourra commencer à faire lever le malade trois semaines à un mois après l'intervention.

CONCLUSIONS

I. — La gravité d'évolution des cancers de la vessie autorise à tenter une intervention large. Théoriquement la cystectomie totale semble la meilleure opération, d'après les principes généraux de la chirurgie du cancer.

II. — En pratique, les résultats éloignés de la cystectomie partielle font que la cystectomie totale, qui comporte une gravité opératoire plus marquée et une infirmité pénible, sera réservée aux cas où le siège et l'extension de la tumeur ne permettent pas une exérèse partielle.

III. — Par contre, l'intervention sera contre-indiquée lorsque la tumeur aura dépassé les limites de la vessie, et surtout lorsqu'elle aura déterminé des lésions sérieuses de l'appareil pyélo-urétéral.

IV. — La technique de l'extirpation vésicale est actuellement bien réglée. L'emploi du bistouri électrique, non seulement facilitera l'intervention, mais diminuera les risques opératoires.

V. — La dérivation des urines se fera soit par urétérostomie cutanée iliaque bilatérale, soit par implantation intestinale selon la technique de Coffey.

Les chances de guérison de longue durée justifient la cystectomie totale.

Vu :

Le Doyen,

JEAN LEPINE.

Vu :

Le Président de la Thèse,

GAYET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 20 Novembre 1939

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. — Traité des tumeurs de la vessie, Paris, 1893.

— Médecine opératoire des voies urinaires.

ANDRÉ. — Les interventions pour tumeurs de la vessie et leurs résultats. (*Rev. Méd. de l'Est*, n° 22, nov. 1924.)

ANDRÉ et GRANDINEAU. — Traitement des tumeurs malignes de la vessie. XXXIII^e Congrès français d'Urologie in *Journal d'Urologie*, t. II, 1932, p. 416.

ANTONUCCI. — Cystectomie totale chez la femme. *Journal de Chirurgie*, 1928, p. 153.

ASCHNER Paul.-W. — Carcinomie de la vessie. Implantation urétéro-sigmoïdale. Cystectomie totale. *The American Journal of Surgery*, vol. VIII, n° 3, 1930, p. 1068.

BEER. — Cystectomie totale pour carcinome vésical. *Annals of Surgery*, mars 1926.

— Cystectomie totale et prostatectomie partielle pour carcinome infiltré du col vésical. *Annals of Surgery*, nov. 1929, p. 864.

— Cystectomie totale pour cancer infiltrant du col de la vessie. *Annals of Surgery*. Vol. XC, nov. 1929.

BEER, TYNDALL et COX. — Les tumeurs de la vessie. Edité par Baillière, London, 1935.

BENSA. — De l'extirpation totale de la vessie. *Thèse Paris*, 1896.

- BOEMINGHANS. — L'extra-péritonisation de la vessie d'après Voelker, comme méthode de choix dans les résections et les extirpations totales. (*Deutsche Zeitsch. J. Chir.*, 1921).
- BOMPART. — Indications et résultats de la cystectomie totale pour cancer. (*Arch. Urol. de Necker*, avril 1930.)
- Valeur et indications de la cystectomie totale pour cancer. *Arch. Urol. Necker*, 1931, T. VII, fascicule, 1 p. 77.
- BONISTROV. — Traitement opératoire des tumeurs de la vessie. (*Vratch Gazeta*, juillet 1912.)
- BOUCHARD et POTOCKI. — Cancer de vessie ayant évolué sans symptômes vésicaux. Conduite à tenir au cours des cystectomies entraînant la section de l'uretère. XXXVI^e Congrès français d'Urologie, Paris, 1936.
- DE BUTLER. — Les méthodes modernes et les résultats du traitement des tumeurs malignes de la vessie. (*Hôpital*, n° 155, nov. 1925.)
- CASUTO. — Nouvelle méthode de cystectomie chez la femme. (*Arch. Ital. de Chir.*, n° 1, 1926.)
- CATHELIN. — Comment faut-il comprendre le traitement des cancers de la vessie. *Concours médical*, 1933.
- CHOLZOFF. — La valeur de l'extrapéritonisation de la vessie dans certaines opérations sur cet organe et sur la portion pelvienne de l'uretère. *Zeits. f. urol. Chir.*, T. XXXVIII, 1933.
- CIFUENTÈS. — Sur la taille transpéritonéale. *Los Progressos de la Clínica*, n° 254, 1933.
- COFFEY R.-C. — Création d'une urétéro-entérostomie aseptique par suture transfixiante des tuniques urétérales et de la muqueuse intestinale. *The Journal of the American Med. Assoc.*, volume XCIV, n° 22 mai 1930. (Analysé dans *Journal d'Urologie*, 1931.)

- Transplantation des uretères pour cancer de la vessie avec cystectomie. *Annals of Surgery*, juin 1930, p. 908.
- Transplantation des uretères dans l'intestin par la méthode sous-muqueuse. (*Archives des Maladies des reins et des organes génito-urinaires*. T. VII, n° 5, 1933.)
- Cystectomie pour cancer de la vessie chez l'homme. *The Urol. and Cutan. Rev.*, oct. 1933, p. 723.
- X° Congrès des Urologues Russes. — Leningrad, mai 1927 : Rapport de Gagucau et Gottlieb in *Journal d'Urologie*, 1927, T. II, p. 469.
- COVISA. — Etat actuel du traitement du cancer de la vessie. (*Rev. esp. de Cir. y Urol.*, n°s 3 et 4, 1925.)
- DARGET. — Traitement actuel des tumeurs malignes de la vessie. *Journal de Méd. de Bordeaux*, n° 20, oct. 1928, p. 769.
- DARGET et LANGE. — Résultats du traitement des cancers de la vessie par l'implantation d'aiguilles de radium à vessie ouverte en un temps. (*Journal d'Urologie*, avril 1939, T. 47, n° 4.)
- DOBROTVORSKY. — Quelques remarques sur la résection totale de la vessie en cas de cancer. *Ourologhia*. T. V, fasc. I, n° 19, janv.-mars 1928.
- DU LAURENS DE LA BARRE. — De la cystectomie totale chez la femme dans les cancers de la vessie. (*Th. Lyon*, 1910-1911.)
- DORÉ. — De l'intervention dans les tumeurs de la vessie. *Th. Paris*, 1912.
- DOUILLET. — Deux cas de cystectomie totale pour cancer. *Sté d'Urologie du Sud-Est.*, 4 juin 1939.
- FÉDOROFF. — Ablation totale de la vessie dans les tumeurs malignes. *Journal d'Urologie*, 1926, T. II, p. 370.
- FERRIER. — Traitement des tumeurs de la vessie. *California and Western Méd.*, n° 22, 1925.)

- FEY et BOMPART. — A propos de la cystectomie totale pour cancer. *Paris Médical*, oct. 1929.
- Technique de la cystectomie totale pour cancer de la vessie. *Journal Chirurgie*, 1931, p. 496.
- GAYET. — Traitement moderne des tumeurs de la vessie. *Lyon Médical*, 10-II, 1921, n° 3.
- Traitement des tumeurs de la vessie. Discussion du XXXII^e Congrès Français d'Urologie.
- GODARD et KOLIOPOULOS. — La cystectomie totale chez la femme dans le cancer de la vessie. *Revue Chirurgie*, 1932, p. 201.
- GOUVERNEUR. — La cystectomie partielle avec extra-péritonisation dans les tumeurs de la vessie. *Archives des Maladies des reins et des organes génito-urinaires*, 1934, n° 5, T. VIII.
- GRANT. — Traitement chirurgical des tumeurs de la vessie. *Southern. Med. Journ.*, mars 1925.
- HERESCO. — De la cystectomie totale dans les néoplasmes multiples ou infiltrés de la vessie. *Journal d'Urologie*, T. IV, n° 2, 1913.
- HIRT. — Sur les tumeurs de la vessie. *Brun's Beitr. z. Klin. Chir.*, t. CXXXII, n° 3.
- HRYNTSCHAK. — Contribution à l'étude de l'extirpation totale de la vessie. *Arch. f. Klin. Chir.*, t. CLX, in *Journal de Chirurgie*, 1931, p. 903.
- HUNT. — Traitement chirurgical des tumeurs malignes de la vessie. *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.* V. XCI, n° 22, 1^{er} décembre 1928, p. 1704.
- JEANBRAU. — Une opération palliative bienfaisante dans certains cas de cancers de la vessie chez la femme. *Soc. Franç. Urol. Sud-Est*, 1937.
- JOSEPH. — Traitement des tumeurs de la vessie. *Zeits. f. Urol.*, T. XIX, n° 2, 1925.
- LATZKO. — L'opération radicale élargie du cancer de la vessie et ses bases anatomiques. *Zeit. f. Urol. Chir.* 1922, p. 135

- LATZKO (Vienne). — L'opération radicale du cancer de la vessie chez la femme. *Zeit. f. Gyn.*, 28 X 1922, n° 43, p. 1714; in *Journal d'Urology* 1923, p. 240, T. I.
- LAVENANT. — A propos du traitement des tumeurs malignes de la vessie. *Bull. et Mémoires de la Soc. de Chir. de Paris*, T. XXI, n° 4, 1929, p. 140.
- LAZARNS Joseph et ROSENTHAL Arthur.-A. — Connaissances actuelles sur le diagnostic et le traitement des tumeurs de la vessie avec publication basée sur l'étude de 77 cas. *The Urol. and Cut. Rev.* nov. 1935.)
- LEGUEU et PAPIN. — La dérivation des urines en amont de la vessie : utérostomie et néphrostomie bilatérale. *Archives Urol. de Necker*. Janv. 1921, p. 1.
- LEGUEU, MARSAN et FLANDRIN. — Note sur le traitement des tumeurs malignes de la vessie. *Maroc Méd.*, n° 35, nov. 1924.
- LE FUR René. — Technique des opérations concernant les tumeurs de la vessie. *Revue de la technique chirurgicale*, n° 2, mars-avril 1931, p. 43.
- LEMOINE. — Création d'une vessie nouvelle par un procédé personnel, après cystectomie totale pour cancer. *Journal d'Urologie*, 1913, p. 367.
- LINDSTRÖM. — Résection totale de la vessie pour cancer. *Finoka Läkäresäll Handlin*, n° 4, avril 1927.
- LUYS. — Traitement des tumeurs de la vessie, discussion : Pengniez, *Soc. des Chir. de Paris*, t. XXI, n° 5, mars 1929, n° 174-181.
- MARION. — Traitement des tumeurs de la vessie. *Progrès Médical*, 1930.
- MAXIMOVITSCH. — De l'extirpation totale de la vessie. *Zeitsch f. urol.*, T. XXI, 1927.
- PAKOROSKI. — La néphrostomie, moyen de dérivation permanente ou temporaire des urines totales. *Journal d'Urologie*, 1913, p. 372.

- PAPIN. — La dérivation des urines. XXV^e Congrès français d'Urologie, Paris, 1925.
- PASTAU. — Traitement des tumeurs viscérales. *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, T. XXI, n° 4, p. 136, 1929.
- QUINBY W.-C. — Indications et résultats de la cystectomie totale pour cancer de la vessie. *New England Journal of Médecine*, 21 mars 1935.
- RAFIN. — Résultats du traitement des tumeurs de la vessie : *Rapport au Congrès d'Urologie*, 1905.
- ROCHET. — Etude opératoire des néoplasmes vésicaux. *Lyon Chirurgical*, 1920, n° 3, mai-juin, p. 293.
- Chirurgie de la vessie basse. Édité par *Lyon Chirurgical*, 1920, n° 5, p. 541.
- Traitement chirurgical du cancer de la vessie. *Journal d'Urologie*, 1921, p. 447.
- Traitement des tumeurs de la vessie. *Archives de Necker*, 1925, p. 287.
- ROCHET et THÉVENOT. — Cystectomie totale chez une femme atteinte de cancer de la vessie. *Journal d'Urologie*, 1923. (*Communication à la Sté française d'Urologie* du 12 fév. 1923.)
- SAMBORSKY. — Ablation totale de la vessie cancéreuse et greffe d'un uretère dédoublé. *Roussky Vrach*, n° 17, avril 1913, p. 568-69.
- SCHEELE. — Méthode et résultats de l'extirpation totale de la vessie pour cancer. *Zeit. f. Urol.*, 1923, p. 65-76.
- SHAW E. CLAY. — Cystectomie périnéale et vaginale, avec transplantation des uretères. *Journal d'Urologie*, 1937, n° 6.
- SMETH (DE). — A propos de 19 cas de tumeurs malignes de la vessie. *Journal belge d'Urologie*, n° 5, oct. 1928, p. 285.
- SOFFET Joseph.-A. — Technique et traitement chirurgical des tumeurs malignes de la vessie. Présentation de deux cas. Résection de la tumeur au bistouri électrique. *T. Urol. and Cut. Rev.* févr. 1937.

- TEMKINE. — Les tumeurs de la vessie. *Journal d'Urologie* 1931, de p. 463 à p. 481, T. I.
- THOMAS. — Traitement des tumeurs de la vessie : Analyse de 62 cas. *The Journal of the American Medical Assoc.*, n° 21, novembre 1920.
- THOMPSON Stevens. — Le traitement du cancer de la vessie par la chirurgie, l'électrocoagulation, le radium et les rayons X. *The Urol. and Cutan. Rev.* T. XXX, n° 2, 1926.
- TISSOT. — Réticulo-lympho-sarcome de la vessie. Traitement par radiothérapie profonde après l'opération, et récédive. Guérison. *Congrès Franç. Urolog.* 1936.
- TUFFIER et DUJARIER. — De l'extirpation totale de la vessie pour néoplasme. *Revue de Chirurgie*, 1898, p. 277.
- VERHOOGEN et DE GRÆMDE. — Cystectomie totale. *Folia Urologica*, T. III, avril 1909, p. 629.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Historique	11
Observation	13
Indications	17
Choix du mode de dérivation des urines	23
Technique opératoire	29
Conclusions	37
Bibliographie	39



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° °° IMPRIMEURS-ÉDITEURS °° °° °°

°° **42, QUAI GAILLETON, 42** °°

°° °° °° **LYON** °° °° °° °°



